QUELQUES OBSERVATIONS N° 32

DE

BLESSURES DE L'ŒIL

PRODUITES

PAR DES ÉCLATS MÉTALLIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 19 JUIN 1886

PAR

Constant ROBERT
Né à Toulon (Var)
Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS
1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. M. MARTINS (O. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
GARIMOND	CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. TEDENAT, *président;*
GRYNFELTT, professeur;
JACQUEMET, agrégé;
GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0064

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

C. ROBERT.

A Monsieur le Docteur FONTAN

Professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TÉDENAT

C. ROBERT.

INTRODUCTION.

Il m'a été permis d'observer dans le service de la clinique chirurgicale de l'École de médecine navale de Toulon, plusieurs cas variés de blessures de l'œil, produites par de petits éclats métalliques, chez des ouvriers ou marins de l'arsenal maritime. La fréquence de ces accidents, les dangers qu'ils font courir au fonctionnement et à l'existence de l'œil, soulèvent à chaque instant dans nos hôpitaux les questions de pension et de réforme. J'ai cru que l'étude de ces lésions méritait, de la part du médecin militaire, une attention spéciale et je l'ai choisie pour en faire le sujet de ma dernière épreuve du doctorat.

Dans ce court travail, je n'ai pas la prétention de faire l'histoire complète des plaies pénétrantes de l'œil; je me propose seulement d'exposer quelques observations, et, sans trop les perdre de vue, de dire, en guise d'explications, quelques mots du diagnostic, des principaux symptômes, des complications les plus fréquentes et de la conduite à tenir dans les différents cas qui se présentent le plus souvent dans la pratique.

Qu'il me soit permis ici d'adresser à M. le Dr Fontan, Médecin-Professeur de la marine, mes plus vifs remercîments pour ses indications et ses conseils; je le prie de vouloir bien accepter, comme un faible témoignage de notre reconnaissance, la dédicace de notre thèse.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE BLESSURES DE L'ŒIL

PRODUITES

PAR DES ÉCLATS MÉTALLIQUES

Observation I.

Dragon Pierre, 32 ans, ouvrier aux constructions navales.

22 Janvier 1886. Reçoit un éclat de fer dans l'œil gauche. Plaie pénétrante de la cornée, située en bas et en dehors à une distance de trois à quatre millimètres du bord sclérotical. Le corps étranger est situé dans la chambre antérieure, à côté de la porte d'entrée; la douleur a été très faible, le malade a continué son travail et ne s'est présenté à la visite que le 24, lorsque sont survenues de la gêne de la vision et de la conjonctivite.

Traitement : Compresses d'eau fraîche; occlusion.

25 Janvier. Douleurs vives dans l'œil blessé; photophobie; onctions narcotiques sur la région orbitaire.

26. Les douleurs sont moins vives; on extrait le corps

étranger en faisant pénétrer la pointe d'une aiguille à cataracte par la plaie cornéenne visible à l'éclairage latéral.

27. État satisfaisant; légère photophobie; le malade demande son exeat en déclarant y voir parfaitement de l'œil blessé.

Plaie pénétrante de la cornée; corps étranger dans la chambre antérieure. Extraction. Pas de complications.

Observation II.

Boimare Charles, 22 ans, matelot.

14 Août 1885. Cet homme, occupé à marteler une plaque métallique, reçoit une petite lamelle de fer qui va se loger dans l'épaisseur de la cornée du côté droit. Arrive à l'hôpital avec de la conjonctivite généralisée, de la photophobie. Le corps étranger est facilement aperçu à l'éclairage oblique concentré. Il est implanté normalement et paraît faire une certaine saillie qui rend le clignement très douloureux. La cornée est légèrement blanchâtre autour de lui; on essaye l'extraction avec une aiguille à cataracte; après quelques tentatives rendues infructueuses par les mouvements du malade, on remet l'opération au lendemain.

Traitement: Bandeau, lotions fraîches.

15 Août. Le corps étranger est enlevé facilement après quelques légers grattages autour de lui; la gêne disparaît.

16. La conjonctivite diminue.

19. L'inflammation a à peu près complètement disparu; le malade est mis exeat.

Plaie de la cornée produite par un éclat métallique. Extraction. Persistance d'une petite taie en bas et en dehors ne gênant nullement la vision.

Observation III.

Jardin Adolphe, 38 ans, ouvrier aux constructions navales.

1er Juillet 1885. A reçu, en coupant des rivets à bord du *Richelieu,* un éclat de fer dans l'œil droit. Plaie de la cornée horizontale de 4 millimètres environ à la partie inférieure. Une portion de l'iris est enclavée entre ses lèvres. La cristalloïde a été lésée. Conjonctivite, douleurs circumorbitaires.

Traitement: Onctions belladonées, collyre à l'atropine, occlusion, compresses d'eau fraîche.

3 Juillet. Même état, douleurs vives; potion au chloral 2 grammes.

24 Juillet. Même état, injection hypodermique de chlorhydrate de morphine 0,01.

10 Août. La plaie cornéenne est cicatrisée, la pupille est déformée. L'iris est adhérent à la cicatrice cornéenne et à la cristalloïde, le cristallin est opaque. Vision nulle, plus de douleurs. Le corps étranger n'a pas été retrouvé.

Le malade sort trois jours après.

Plaie pénétrante de l'œil. Cataracte traumatique.

Observation IV.

Germain Joseph, ouvrier aux constructions navales, 38 ans.

23 Octobre 1885. Une bavure d'acier pénètre dans l'œil gauche.

9 Novembre. Entre à l'hôpital parce que sa vue baisse et qu'il ne peut plus travailler. L'éclairage direct fait constater un certain degré d'opacité du cristallin. A l'éclairage oblique on voit parfaitement un corps étranger qui paraît fixé sur la

cristalloïde antérieure. La vision est diminuée seulement. Pas la moindre réaction inflammatoire. La plaie cornéenne n'est pas retrouvée. Le corps étranger du cristallin ne déterminant aucun accident, on se décide à ne point intervenir.

15 novembre. Le malade quitte l'hôpital.

2 mars 1886. Deuxième entrée. Le malade dit que sa vue a disparu de l'œil gauche et qu'elle baisse de l'œil droit. Il ne peut plus travailler. On retrouve le petit corps étranger sur la capsule antérieure à la même place, c'est-à-dire à l'extrémité externe du diamètre transversal. Ici le chirurgien, devant l'absence absolue d'accidents inflammatoires et la conservation parfaite de l'œil droit, n'a pas voulu intervenir. L'intervention n'aurait pu du reste consister que dans l'extraction du cristallin avec la cristalloïde sur laquelle le corps étranger était implanté, opération délicate qui aurait fait courir au malade les dangers de la cyclite et entraîné des accidents sympathiques.

6 mars. Le malade est renvoyé avec la mention : Perte de la vision de l'œil gauche, suite de cataracte traumatique. État normal de l'œil droit.

Observation V.

Torre Pasquin, 30 ans, ouvrier aux bâtiments en fer.

24 février. Plaie transversale de la cornée produite par un éclat de fer qui serait resté dans la plaie, au dire du malade. Celle-ci, tout entière dans la cornée, siège à l'œil gauche, en dedans et un peu en haut sur une étendue de 3 millim. L'iris ne fait pas saillie, mais est pincé entre les lèvres de la plaie qui présente quelques gouttes de sang. La pupille déformée, rétrécie, s'avance en forme de poire, la pointe en dedans. Le champ visuel est diminué en haut. Les objets sont distingués

nettement. Le corps étranger n'a pas été aperçu. La guérison s'opère en quelques jours sans accidents, et le malade sort de l'hôpital avec la vision à peu près conservée de l'œil blessé.

26 octobre. Il revient en déclarant qu'il ne voit plus de l'œil gauche depuis deux mois environ et que l'œil droit est le siège de douleurs violentes revenant par accès et s'irradiant suivant l'arcade orbitaire. La vision diminue. On constate à l'examen la déformation sus-indiquée de la pupille; un certain degré d'opacité du cristallin empêche de voir le fond de l'œil. En un point du champ pupillaire, en dedans et en haut, il existe une tache noirâtre assez nettement limitée, donnant à l'œil la sensation d'un corps étranger. On propose au malade d'extraire le corps étranger avec le cristallin ou plutôt de faire l'énucléation de l'œil pour sauvegarder l'autre. L'intervention est énergiquement refusée.

18 novembre. Le malade quitte l'hopital.

Perte de la vision de l'œil gauche — suite de pénétration d'un corps étranger. Cet accident a amené quelques troubles de la vision à droite. Admis à faire valoir des droits à une pension.

Observation VI.

Revol Henri, 22 ans, ouvrier mécanicien à bord du *Saint-Louis*.

3 avril 1885. A reçu un éclat de fer dans l'œil droit. Plaie de la cornée siégeant sur la partie la plus interne dirigée transversalement en dehors. Déformation de la pupille. L'iris est attiré en dedans et enclavé dans la plaie cornéenne. Rougeur de la conjonctive. Peu de photophobie.

Traitement : Collyre à l'ésérine. Compresses d'eau fraîche. Bandeau.

29 avril. La guérison est à peu près accomplie. Le corps étranger n'a pas été aperçu. La vision est conservée quoique affaiblie. Le malade obtient un congé de convalescence de deux mois : « Plaie pénétrante de l'œil avec lésion de l'iris. »

11 juillet. Deuxième entrée. Revient à l'hôpital en disant qu'il ne voit pas bien de l'œil gauche. On constate à droite une cicatrice blanchâtre de la cornée et une déformation de la pupille. La pression sur les deux yeux est douloureuse et la douleur est plus accusée à droite qu'à gauche. Rien de particulier à gauche. Cet œil, pendant le premier séjour de l'homme à l'hôpital, n'a présenté aucun phénomène sur lequel il ait attiré l'attention.

Examen : Impossibilité d'éclairer le fond de l'œil. On constate l'existence de taches irrégulières sur le cristallin. L'œil est sensiblement ramolli. Pas de phosphènes. Cet œil n'ayant reçu aucun choc, l'œil blessé étant parfaitement sain, on hésite à rattacher cette lésion au traumatisme antérieurement reçu. Le malade est renvoyé en congé de convalescence afin d'être examiné de nouveau avant d'être réformé avec ou sans pension (14 août).

19 novembre. Troisième entrée. Cécité complète à gauche. Immobilité de l'iris. L'exposition de l'œil à la lumière ne réagit plus sur l'iris du côté opposé. Le champ de la pupille est opaque ; l'iris bombe légèrement et a changé de couleur. L'œil est plus mou. L'examen du fond de l'œil est impossible.

Plaie ancienne de l'œil à droite. A gauche, ramollissement du corps vitré, troubles dans la nutrition du cristallin consécutifs à une lésion de la choroïde sympathique de l'œil droit. Perte de la vision. Exeat pour être présenté au Conseil de réforme avec des droits à une pension.

Observation VII.

Urbain André, 41 ans, 1er maître mécanicien.

5 avril. Reçoit un éclat métallique dans l'œil gauche. Plaie pénétrante de la sclérotique près du bord cornéen. Hernie de l'iris. Douleur peu vive au moment de l'accident. On pratique l'excision de l'iris hernié et on amène le corps étranger. La plaie scléroticale est suturée avec un fil de soie phéniqué. Pansement : Compresses trempées dans une solution d'acide borique.

6 avril. Douleurs vives cette nuit dans l'œil gauche. Céphalalgie.

7 avril. Les douleurs ont disparu. On enlève le point de suture. La réunion n'est pas complète et une partie de l'iris paraît entre les lèvres de la plaie.

11 avril. Pas de douleurs.

14. Le malade se plaint d'une sensation de gravier dans l'œil droit. On supprime le bandage qui le recouvre et tout disparaît. Il n'y a par conséquent pas eu d'accidents sympathiques, mais simple irritation due à l'occlusion.

29. Est envoyé en congé de convalescence avec le diagnostic : Plaie pénétrante de l'œil droit. Sort guéri avec enclavement de l'iris dans la cicatrice scléroticale. Déformation de la pupille et diminution considérable de l'acuité visuelle.

Observation VIII.

Truc Lucien, 33 ans, ouvrier riveur aux constructions navales.

28 mars. Eclat d'acier violemment projeté dans l'œil droit. La plaie est situé à la partie interne du globe entre le rebord cornéen et la caroncule, à une distance de la cornée d'environ trois à quatre millimètres. Elle a une forme grossièrement triangulaire à angles peu nets se prolongeant. La cornée est intacte. Pas de hernie du corps vitré, la membrane hyaloïde étant entière. On aperçoit par la plaie l'intérieur de l'œil obscur. On ne constate pas de corps étranger dans la plaie, et d'ailleurs le malade nous dit qu'après l'accident, il a aussitôt enlevé ses lunettes et il a trouvé dans la coquille un fragment d'acier qu'il compare à un haricot comme grosseur. La toile métallique qui forme l'enveloppe latérale de ces lunettes était brisée. A l'arrivée du malade, on constate la rougeur et la tuméfaction de la conjonctive. On passe un fil de soie phéniqué qui comprend toute l'épaisseur des lèvres de la plaie, on applique des compresses trempées dans une solution d'acide borique et le blessé est mis dans l'obscurité.

31 mars. Douleurs périorbitaires vives, survenant par accès. On fait au malade une injection hypodermique de 0,01 de chlorhydrate de morphine.

1er avril. Douleurs moins vives. On enlève le point de suture. La plaie est réunie. La pupille est dilatée et paralysée.

3. Se plaint d'une diminution considérable de la vision à gauche. Accuse des douleurs dans les deux yeux.

7. Douleurs périorbitaires très vives à droite.

10. La vision s'améliore à droite au dire du malade; elle diminuerait à gauche.

13 mai. Examen : à droite compte les doigts à 0^{m}50. Distingue la forme des objets à 1^{m}. La pupille réagit assez franchement à la lumière; la sensibilité rétinienne de cet œil provoque un excès de contraction sur la pupille du côté

opposé. Rougeur périkératique légère. Larmoiement constant. Léger dépoli de la cornée. Coloration bleuâtre de la cicatrice scléroticale. L'exploration du fond de l'œil ne dénote actuellement qu'un excès de pigment. A gauche: $V = \frac{1}{12}$.

14. A cette date le malade était encore à l'hôpital.

Les plaies pénétrantes de l'œil peuvent être divisées en deux catégories présentant chacune certaines indications spéciales :

1° Celles où le corps étranger, après avoir opéré son œuvre malfaisante, se sépare du globe oculaire (coups de couteau ; morceau de fer volumineux retombant en dehors par son propre poids).

2° Celles que le corps étranger vient compliquer de sa présence.

Le genre de traumatisme qui nous occupe appartient le plus souvent à la seconde catégorie. Les paillettes de fer ou d'acier détachées par le marteau ou le ciseau, sont en général petites, acérées, projetées avec une grande force, légères et par conséquent n'ayant aucune tendance propre à quitter le globe oculaire: toutes conditions éminemment favorables à leur pénétratiou et à leur fixation dans le milieu où elles sont parvenues.

L'exiguité de leurs dimensions est encore la source d'autres inconvénients sérieux.

Le blessé peut se dissimuler l'étendue de sa lésion. La douleur a été légère, l'hémorrhagie à peu près nulle ; il croit à une contusion et continue son travail. Il ne réclame des soins que quelques jours après, lorsque le travail inflammatoire s'est déclaré, que les douleurs, la photophobie, les troubles de la vision l'ont rendu incapable de faire son service. A ce moment un temps précieux a été perdu.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que le corps étranger est moins accessible à nos moyens d'investigation, surtout si le malade est examiné en pleine période inflammatoire, alors que des exsudats sont venus le masquer et le fixer.

Ce corps pourra être toléré par les tissus ambiants. Dans

ce cas, le médecin peut être tenté de considérer ce résultat comme définitif, et, devant l'absence d'accidents, devant l'insistance du malade, il se résigne à une non-intervention. Malheureusement cet état n'est souvent que provisoire : une inflammation aiguë ou chronique se déclare plus tard et en traîne non seulement dans l'œil blessé, mais aussi dans son congénère, les plus graves conséquences.

Enfin, en dernier lieu, les manœuvres opératoires destinées à l'extraction sont plus délicates et offrent moins de chances de succès.

En résumé, dans de certaines limites, et en dehors, bien entendu, des cas d'éventration de l'œil, on peut déclarer que le traumatisme est d'autant plus grave que le corps étranger est moins volumineux.

La position de l'œil au moment de l'accident, la force de projection de l'éclat métallique, sa direction, entraînent des variétés de siège. Nous examinerons les cas où :

1° Il s'est logé plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la cornée.

2° Il a fait une plaie pénétrante à la cornée et s'est arrêté dans la chambre antérieure.

3° Il est situé sur l'iris.

4° Il a blessé le cristallin.

1er Cas.

LE CORPS ÉTRANGER EST PLUS OU MOINS PROFONDÉMENT INCRUSTÉ DANS LA CORNÉE.

Le *diagnostic* est en général facile et peut se faire à l'œil nu, à la loupe, à l'éclairage latéral concentré. Quand les commémoratifs seront connus, on mettra en œuvre ces divers moyens d'investigation qui seront plus ou moins utiles selon la situation occupée par le corps. S'il est sur les bords, l'examen direct permettra d'apercevoir sa couleur foncée sur l'iris, surtout sur un iris clair; s'il est au centre, l'éclairage oblique le décélera beaucoup plus rapidement qu'avec l'autre procédé à l'aide duquel sa projection se ferait sur le fond noir de la pupille. L'œil ayant été au préalable insensibilisé avec le chlorhydrate de cocaïne, le toucher pourra être utilisé pour arriver au même but et faire connaître en plus s'il y a une saillie à la porte d'entrée, ou s'il est tout entier enfoui dans l'épaisseur cornéenne. Inutile de dire que cette exploration faite avec le doigt ou un stylet, doit être aussi légère que possible de peur de donner naissance à une fâcheuse complication: la chute dans la chambre antérieure. Si, l'accident offrant quelques jours de date, la réaction inflammatoire s'est montrée, la présence de pus et un certain degré d'opacité apporteront quelques difficultés; mais dans ce cas, le plus souvent, l'évacuation de l'abcès entraînera celle du corps étranger et le diagnostic se trouvera simplifié. La profondeur et la direction seront aisément reconnues par l'éclairage latéral. Répétons avec quelques auteurs qu'une exploration attentive empêchera de prendre un prolapsus irien pour une paillette métallique restée dans la plaie.

La *symptomatologie* est variable selon que le corps est tout entier enfoncé, ou fait une saillie à la surface extérieure. Dans le second cas, la douleur est vive et a pour cause les frottements engendrés par les mouvements des paupières et du globe oculaire; la sensation d'un corps étranger est très nette pour le malade; il y a de la photophobie; il suspend son travail et vient immédiatement réclamer des soins. Dans le second cas, la douleur produite par le choc ayant été à peu près nulle, le clignement ne donnant naissance à aucune sensation pénible, la vision n'étant nullement troublée, le malade est dans une sécurité trompeuse dont viendra le tirer une inflammation plus ou moins tardive. Si le blessé se présente immédiatement à la visite, on constate une petite plaie pinçant le corps étranger entre ses lèvres plus ou moins régulières. Dans les cas où la cornée est traversée de part en part, on ne voit pas toujours l'issue de l'humeur aqueuse; la solution de continuité étant en quelque sorte tamponnée par l'éclat métallique. Si l'extraction peut être faite rapidement, de l'extérieur, sans complications, s'il ne reste pas dans la plaie un dépôt de rouille, les lèvres se rapprochent naturellement et en quelques heures se réunissent. Quand la guérison s'est effectuée, si elle n'a pas eu lieu par première intention, on peut apercevoir une cicatrice blanchâtre dont la résorption s'opère plus tard et rend à la vision, d'ailleurs à peine troublée, sa pureté primitive.

Tous les cas ne sont pas aussi bénins, et il y a des *complications* rares, heureusement, qui viennent quelquefois assombrir le tableau. On a cité des exemples assez nombreux de corps étrangers ayant séjourné de longues années dans la cornée sans provoquer d'accidents alarmants. Cet état n'est pas la règle, et voici ce qui peut encore se passer quand l'extraction ne vient pas débarrasser à jamais le malade. La kératite se déclare; il y a de la douleur, de la photophobie, une opacité plus ou

moins étendue, un abcès entraînant peut-être une perte de substance. Tout le bénéfice dont la présence du corps étranger pouvait faire profiter le blessé au point de vue de la pénétration est détruit, et l'on voit apparaître l'affaissement de la cornée, le prolapsus en avant de l'iris, une certaine mollesse de l'organe. L'iritis pourra venir compliquer cet état, et enfin on peut comprendre que la suppuration s'étende à tout le globe de l'œil et compromette à jamais son existence. On peut observer aussi la persistance d'une fistule, apportant par l'écoulement incessant d'humeur aqueuse, une gêne considérable de la vision. Si la cicatrisation s'est effectuée, le tissu nouveau peut être très étendu, nacré et obscurcir le champ visuel. Un staphylôme peut également avoir son origine dans une faiblesse du tissu cicatriciel, distendu par la pression de l'humeur aqueuse. Les complications existent quelquefois du fait du traitement. Il sera nécessaire de faire une nouvelle plaie à la cornée pour faciliter l'extraction. Hâtons-nous de dire que les plaies chirurgicales guérissent très facilement. Le corps étranger peut être projeté dans la chambre antérieure; enfin, acccident de beaucoup le plus grave de tous, on peut, malgré une habileté consommée, blesser la cristalloïde et produire une cataracte traumatique. Le docteur Yvert, dans son livre: «Traité des blessures de l'œil», en rapporte une observation prise dans le service du Dr Galezowski.

Le *pronostic* est d'autant plus favorable que le corps a séjourné moins longtemps dans l'épaisseur de la cornée, qu'il y est moins profondément enclavé et que le sujet est moins avancé en âge. Chez les vieillards, en effet, les opacités sont fréquentes, étendues, persistantes, et apportent un obstacle sérieux à la vision, en interceptant les rayons lumineux ou en diffusant la lumière incidente sur la rétine. Pour mettre la responsabilité de l'opérateur à couvert, il sera bon de pré-

venir le malade des difficultés de l'extraction et des accidents possibles.

Le *traitement* est prophylactique et curatif.

Il est évident que l'emploi de lunettes préservatrices s'impose chez les ouvriers exposés à ces sortes de lésions. Dans nos arsenaux, les autorités les en ont munis, et, en dehors du cas rare où elles se brisent, on ne peut expliquer la fréquence de ces traumatismes que par une profonde insouciance si commune chez l'ouvrier, qui lui masque le danger jusqu'au jour où il en est lui même la victime.

Extraire le corps étranger est l'indication capitale et urgente. Nous laisserons de côté l'emploi de certains collyres destinés à le dissoudre, pour arriver aux procédés journellement mis en usage. Les auteurs, suivant qu'ils ont ou non un aide sûr à leur disposition, recommandent certaines positions réciproques de l'opéré et de l'opérateur, ayant toutes pour but de mettre la partie en pleine lumière, de façon cependant que le chirurgien n'en soit pas incommodé, d'immobiliser l'œil malade autant que possible et enfin de permettre la libre exécution des mouvements nécessités par le manuel opératoire. Wecker, supposant le cas où il opérerait seul, fait asseoir le blessé en face d'une haute fenêtre, la tête appuyée contre le dossier de la chaise ou contre un mur, se place devant lui, écarte les paupières avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, comprime légèrement l'œil pour le fixer et tient l'instrument de la main droite. S'il a un aide, celui-ci écarte les paupières avec les doigts ou des écarteurs, pendant qu'il arme sa main gauche d'une pince à fixation et sa main droite d'une aiguille à cataracte.

M. Fano place son malade sur une chaise basse, l'œil blessé tourné de profil vers une fenêtre pour éviter une image trop vive de la source lumineuse sur le miroir cornéen.

M. Yvert recommande la position suivante, employée par

le Dr Galezowski. Le sujet assis est placé en face d'une large fenêtre. Un aide soutient derrière la chaise la tête du patient sur sa poitrine, et écarte les paupières. Le chirurgien a les mains libres. Un blépharostat peut remplacer au besoin le secours de l'aide.

Le chirurgien peut opérer à l'œil nu ou avoir besoin de grossir des corps plus ou moins microscopiques, afin de donner à ses mouvements une plus grande précision; il tirera un grand avantage de l'emploi d'une loupe d'horloger, de lunettes convexes ou d'une loupe tenue de la main gauche.

L'anesthésie a été quelquefois indispensable chez des enfants et même chez des adultes pour éviter la douleur, l'action vive de la lumière, et surtout les mouvements désordonnés qui peuvent rendre l'opération impossible ou en compromettre gravement les résultats. Une découverte récente a permis de donner au malade le bénéfice de l'insensibilisation sans lui faire courir les dangers du chloroforme. Une instillation de 4 à 5 gouttes d'une solution à $^{5}/_{100}$ pratiquée de dix en dix minutes, une demi-heure avant l'opération, supprime la douleur, le spasme des paupières, et rend l'œil immobile. C'est à peine si le malade accuse quelquefois une sensation de contact. Inutile d'insister sur les avantages précieux de cette pratique qu'on ne devra jamais négliger, le cas échéant.

L'instrument employé est l'aiguille à cataracte droite en forme de lancette, qui permet de nettoyer complètement la plaie du dépôt de rouille que l'éclat métallique laisse souvent après lui. Le manuel opératoire n'est pas absolument le même dans tous les cas. Si le corps fait une saillie appréciable à la surface, il sera possible de le saisir avec une petite pince et de le retirer. S'il est solidement enclavé, sans toutefois courir le risque de tomber dans la chambre antérieure, voici la conduite à tenir : Il faut disséquer la plaie

cornéenne pour le dégager, et il suffit alors au dernier moment d'introduire la pointe de l'aiguille sous la paillette métallique et de la faire basculer. Quand le corps profondément enfoui fait une saillie à la surface de la membrane de Descemet, et par cela même, risque d'être projeté dans la chambre antérieure, voici le procédé qu'a conseillé M. Desmarre père : Passer avec une aiguille à paracentèse derrière le corps étranger par une plaie faite dans son voisinage, lui fournir ainsi un point d'appui et le dégager comme dans le cas précédent avec la pointe de l'aiguille. Enfin, dans certains cas où le corps faisait complètement saillie dans la chambre antérieure, on a rejeté les moyens dont nous avons parlé, qui entraînent presque fatalement sa chute et on a conseillé de faire une plaie à la cornée et d'aller le saisir à l'intérieur avec une pince fine. On court grand risque dans ce mouvement de blesser l'iris et la capsule.

La propriété attractive de l'aimant pour le fer et l'acier a été mise à profit avec un grand succès pour opérer cette extraction. A la suite des travaux de White-Cooper, Pooley et Hirschberg, le Dr Galezowski a publié dans le Recueil d'ophtalmologie un très intéressant article dans lequel j'ai puisé ces quelques considérations. L'utilité de ce procédé est réelle dans les cas de corps profondément situés, susceptibles de tomber par le fait du grattage dans la chambre antérieure. Le dernier temps de l'opération de Desmarre est difficile et dangereux. Si la dissection a été poussée trop loin, l'accident se produit très souvent, et c'est pour l'éviter à peu près sûrement qu'on a recommandé l'emploi d'une aiguille à cataracte aimantée qui attire, tout naturellement, le morceau de fer ou d'acier quand il n'est plus étroitement emprisonné par les tissus. Si malgré toutes les précautions, le corps étranger est tombé dans la chambre antérieure, il faudra

essayer de le saisir par les moyens que nous indiquerons dans un instant.

L'extraction accomplie, que reste-t-il à faire? Peu de chose, si l'accident est récent. Une application de vaseline constituant un épithélium cornéen artificiel, une compression légère suffiront pour prévenir les douleurs en empêchant le frottement des paupières sur la plaie cornéenne. S'il y a de l'inflammation, les antiphlogistiques seront employés: sangsues à la tempe, révulsifs, purgatifs, onctions narcotiques, instillation de sulfate d'atropine. Un traitement approprié sera appliqué à toutes les autres complications qui surviennent dans les cas malheureux.

2me Cas.

LE CORPS ÉTRANGER S'EST ARRÊTÉ DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

La paillette métallique, après avoir traversé la cornée, s'est logée dans la chambre antérieure à côté de la porte d'entrée, comme dans une de nos observations, ou plus ou moins loin d'elle. Cette situation peut être le fait immédiat du traumatisme ou avoir été créée soit par des frottements imprimés à l'œil, soit par les manœuvres d'extraction.

Pour ne pas nous répéter, nous ne dirons rien du *diagnostic*, sinon qu'il peut être rendu difficile par un trouble cornéen, des exsudats inflammatoires, et qu'il sera complet lorsque on aura reconnu la présence du corps étranger et celle de l'orifice. L'éclairage latéral permettra d'y arriver assez facilement.

La *symptomatologie* du cas précédent et les considérations relatives à la marche, aux complications, s'appliquent entièrement à celui-ci. Signalons de plus l'absence possible ou la réduction de la chambre antérieure, un certain abaissement de tension et un déplacement d'une portion de l'iris attiré vers la plaie ou même faisant hernie à travers elle.

Le *pronostic* est moins favorable quand cette disposition se présente à cause d'une menace plus probable d'iritis, et de la blessure possible de la cristalloïde antérieure pendant l'opération.

Faut-il compter sur la tolérance, sur un enkystement par des exsudats, sur la disparition par oxydation et résorption? Faut-il attendre l'expulsion spontanée? Il est préférable, dans

toutes les circonstances, de tenter l'extraction. S'il n'y a pas d'inflammation, elle la préviendra; si elle s'est déclarée, s'il y a du pus, elle aura outre l'avantage d'évacuer l'abcès, celui d'être le meilleur des antiphlogistiques. Le malade étant convenablement placé, cocaïnisé si c'est nécessaire, il faudra aller à la recherche de l'orifice, si on ne le suppose pas complètement fermé et le rouvrir avec un couteau à cataracte. Cette manœuvre aura sa raison d'être quand le corps sera à proximité, sinon, la course de l'instrument extracteur devant être trop longue, il sera beaucoup moins dangereux de pratiquer une nouvelle ouverture en lieu opportun. Celle-ci devra être du premier coup suffisamment large pour permettre l'introduction de pinces appropriées et l'issue du corps étranger, sans qu'on ait besoin de l'agrandir au dernier moment. La substitution d'un stylet aimanté aux instruments ordinaires rendra l'opération beaucoup plus facile, en évitant le tiraillement des lèvres de la plaie et en permettant à l'opérateur de cueillir pour ainsi dire, sans efforts, la paillette métallique. La présence de l'iris dans la plaie amène une adhérence, cause d'occlusion, de déformation. La hernie de l'iris ne devra pas être réduite; d'abord cette manœuvre est difficile, ensuite il n'est pas prudent de refouler dans l'intérieur de l'œil des tissus plus ou moins contus et disposés à s'enflammer. L'iridectomie ne doit être retardée sous aucun prétexte, surtout si la phlogose existe. Cette pratique constitue un antiphlogistique des plus énergiques.

Le traitement consécutif consistera dans l'emploi de compresses fraîches trempées dans une solution d'acide borique à $^{4}/_{100}$, d'une occlusion bien faite destinée à immobiliser l'œil, à prévenir le clignement, c'est-à-dire la douleur, à empêcher toute pression intempestive sur le globe oculaire. Des instillations d'ésérine auront pour effet de rompre quelquefois les adhérences iriennes.

3me Cas.

LE CORPS ÉTRANGER EST SITUÉ SUR L'IRIS.

La recherche de l'éclat métallique devra être accompagnée de celle de la plaie cornéenne ou des traces qu'elle a laissées. M. Yvert considère cette dernière constatation comme indispensable au *diagnostic*, et il cite une observation congénitale de l'iris dans laquelle une tache noirâtre pouvait, à première vue, faire supposer l'existence d'une paillette métallique: pour la nier, le chirurgien invoqua, outre l'absence d'iritis traumatique. l'impossibilité, malgré les recherches les plus attentives de découvrir son point de pénétration à travers la cornée. Une pareille méprise aurait entraîné une erreur de traitement très préjudiciable au malade.

Tous les auteurs rapportent des exemples de tolérance absolue de la chambre antérieure pendant des semaines et même des années, mais la *symptomatologie* est le plus souvent différente. Au bout de quelques jours et même en moins de 24 heures, apparaissent les accès de douleurs circumorbitaires, la paresse et la paralysie de l'iris, sa décoloration, sa déformation, sa turgescence, le cercle périkératique plus ou moins accusé, un hypopyon, le larmoiement, une photophobie extrême, c'est-à-dire tous les signes de l'iritis suppurée. La richesse vasculaire du diaphragme irien explique cette tendance si prononcée à l'inflammation. Le corps étranger peut être détaché par le liquide purulent et être éliminé avec lui; mais il reste très souvent adhérent. Ces lésions sont d'une gravité exceptionnelle: c'est avec elles que surviennent la

fonte de la cornée, la cyclite, la choroïdite, le phlegmon oculaire, les accidents sympathiques, c'est-à-dire l'atrophie de l'œil malade, sa désorganisation et dans un avenir plus ou moins éloigné, des troubles très graves dans l'œil primitivement sain. Dans les cas qui se terminent favorablement, des synéchies, des exsudats réclament des opérations spéciales.

Le *pronostic* est par conséquent très grave.

L'anesthésie par l'instillation de chlorhydrate, de cocaïne appliquée à l'iris a été incomplète, probablement à cause de la situation profonde de cette membrane. M. Meyer a proposé de faire suivre l'ouverture de la chambre antérieure d'une seconde instillation qui amènerait l'insensibilité. En somme, la douleur éprouvée à la section de l'iris est si faible, qu'il est inutile de compliquer l'opération.

Extraire le corps étranger et combattre la phlegmasie constituent les *indications*.

Le manuel opératoire est celui de l'iridectomie, puisqu'il est recommandé d'enlever la portion d'iris qui soutient la paillette métallique. L'incision large de la cornée sera faite avec le couteau de de Grœfe à l'endroit de la blessure si elle n'est pas centrale et de façon à pouvoir facilement saisir l'iris avec une pince et l'exciser. Il est certain que dans cette manœuvre on n'a pas la certitude absolue d'avoir extrait le morceau d'acier en même temps. C'est alors que l'emploi de l'aimant peut avoir une grande utilité. En l'approchant de la portion de l'iris excisé, on verra ce dernier s'attacher à l'aimant si le morceau de fer ou d'acier s'y trouve compris. M. Galezowski, dans le travail déjà cité, rapporte une observation où les choses se sont passées de cette façon. La paillette métallique peut se détacher au moment de la section et s'arrêter entre les lèvres de la plaie cornéenne. Un stylet aimanté, beaucoup plus facilement qu'aucun autre instrument, pourra la découvrir et la retirer.

Les antiphlogistiques seront ensuite largement employés: sangsues, calomel à doses fractionnées, pulvérisations phéniquées, injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine. Enfin, si des complications ont amené la perte de l'œil avec un moignon volumineux, douloureux, l'énucléation s'impose si l'on veut prévenir ou arrêter des accidents sympathiques.

4me Cas.

LE CORPS ÉTRANGER A BLESSÉ LE CRISTALLIN.

La *symptomatologie* présente, suivant les cas, des phénomènes bien différents. Si l'éraillure de la cristalloïde est très faible ou s'est refermée après le passage du corps étranger, si elle est obturée complètement par lui, si en un mot la communication entre l'humeur aqueuse et les fibres cristalliniennes est impossible, la pureté de la lentille ne subira aucune altération. Si, au contraire, la déchirure est assez étendue, une opacification se produira. Ainsi, nous voyons que la présence d'un corps étranger dans le cristallin ne détermine pas par elle-même le trouble d'une de ses parties ou de sa totalité, et que celui-ci est la conséquence de la plaie capsulaire. Varlomont a cité une observation dans laquelle un cristallin, traversé de part en part par une aiguille, aurait conservé toute sa transparence, parce que la blessure trop étroite de la cristalloïde n'avait pas permis l'entrée de l'humeur aqueuse. Les exemples de ce genre sont malheureusement exceptionnels, car, en raison de l'extrême ténuité et de la structure de la membrane capsulaire, une plaie relativement étendue se produit sous l'influence du traumatisme le plus léger et ses bords ont une grande tendance à s'écarter l'un de l'autre. Aussi pouvons-nous déclarer que, dans la très grande majorité des cas, il y aura opacité du cristallin.

Ces modifications sont, avons-nous dit, le résultat du contact entre la lentille et l'humeur aqueuse. Le mécanisme intime par lequel elles se produisent n'est pas complètement

élucidé. Est-ce par une action chimique? Est-ce par une action purement mécanique? La dernière hypothèse paraît la plus probable. Ce serait en entravant par sa présence les échanges d'endosmose et d'exosmose que l'humeur aqueuse perturberait la nutrition des cellules et en amènerait la dégénérescence, se traduisant immédiatement par un trouble de transparence. Cette opacification devient très rapidement apparente. Gosselin a cité des cas où un quart d'heure aurait suffi; le plus généralement, l'effet est produit en quatre ou cinq heures. L'étendue du trouble cristallinien a des rapports intimes avec les dimensions de la déchirure et sera d'autant moins prononcé que la plaie sera plus étroite. Dans ces conditions, le liquide ne sera en contiguité que sur une portion limitée de la lentille. A ce niveau seulement, les cellules s'imbibent, se troublent, se gonflent, au point de faire quelquefois hernie entre les lèvres de l'ouverture et de tomber sous forme de grumeaux, semblables à de l'amidon cuit, dans la cavité de la chambre antérieure. La présence du corps étranger ne constitue, tant qu'il est renfermé dans la capsule, aucun danger par lui-même et la symptomatologie se réduit à un trouble du cristallin. Cette cataracte partielle apporte, outre la difformité due à sa couleur laiteuse, une gêne plus ou moins considérable de la vision selon sa situation, son étendue, son intensité. Dans d'autres cas, une réaction inflammatoire plus ou moins violente se déclare et a pour cause l'augmentation de volume excessive et rapide du cristallin et la chute en trop grande quantité dans la chambre antérieure des grumeaux provenant du ramollissement lenticulaire. Des accidents glaucomateux, des irido-choroïdites, des cyclites compromettent rapidement l'œil ainsi que son congénère.

Le même appareil pathologique se présentera si le corps étranger, par le fait de la désorganisation ou de manœuvres opératoires, est projeté de la capsule sur le corps ciliaire.

Les opacités subissent dans des conditions particulières, c'est-à-dire quand la plaie de la cristalloïde ne se ferme pas complètement, une résorption due à l'influence du liquide qui leur a donné naissance. Ce travail réparateur est un des phénomènes les plus curieux, et en même temps très utile de ce genre de traumatisme. En effet, les éléments dégénérés sont repris et dissous par l'humeur qui les baigne, et au fur et à mesure qu'ils disparaissent, la pureté cristallinienne reparaît plus ou moins. Cette dissolution s'opère très rapidement sur les morceaux détachés du cristallin; elle est beaucoup plus lente et dure des années, quand elle doit être intra-capsulaire. Ce travail de régression n'est malheureusement pas susceptible de se faire à tous les âges. Chez les adultes, l'existence d'un noyau central induré apporte un obstacle insurmontable à la restauration de la vision. Chez les enfants et les adolescents, les conditions anatomiques étant différentes, les résultats sont quelquefois très appréciables.

Si l'on suppose le cas où, après le passage du corps étranger à travers la cristalloïde, toute introduction de l'humeur aqueuse aurait été impossible soit par exiguité de la plaie, soit par rapprochement de ses bords, l'examen ophtalmoscopique permettra d'apercevoir le corps du délit au milieu de la lentille; mais quand le trouble se sera produit, comment reconnaître sa présence? Ce *diagnostic* est très difficile. La constatation de la plaie cornéenne sera un signe de pénétration, mais rien de plus. La paillette métallique peut avoir seulement traversé le cristallin pour se loger dans le corps vitré ou les membranes du fond de l'œil. Dans quelques cas d'opacité partielle, on pourra par l'ophtalmoscope se procurer quelques renseignements, découvrir par exemple une hémorrhagie du corps vitré, un décollement de la rétine, symptômes qui indiquent que le corps est allé au-delà du

cristallin. En raison de ces difficultés parfois excessives, le médecin devra apporter une grande réserve dans le *pronostic*.

Celui-ci est excessivement variable. Le cas le plus bénin est celui où la présence du corps étranger n'a déterminé aucune opacification. Le malade n'éprouve alors qu'une gêne très faible de la vision. Viennent ensuite les troubles partiels, peu intenses, situés sur les bords, sans complications inflammatoires. Le champ pupillaire laisse passer une assez grande quantité de rayons lumineux pour permettre au blessé de distinguer la forme et la couleur des objets, de vaquer à ses occupations. Le pronostic s'assombrit quand l'opacité est complète, la fonction est alors abolie; enfin, il devient excessivement grave quand, du fait de la situation du corps étranger ou du volume de la cataracte, surgissent des accidents phlegmasiques, ayant pour point de départ le corps ciliaire. L'atrophie de l'œil et l'énucléation préventive sont, à bref délai, les conséquences de l'irido-choroïdite qui se développe.

En l'absence d'accidents inflammatoires, il faudra repousser toute *intervention* dans les cas où la vision est peu ou point troublée, où l'opacité, quoique assez étendue, laisse au malade un certain usage de son œil, et même lorsque la fonction est complètement abolie, surtout chez un sujet jeune où l'on peut espérer voir se produire un certain travail de résorption spontanée. Le traitement se bornera à une expectation doublée d'une surveillance attentive. Une seule exception sera faite à cette règle. Le médecin est appelé quelquefois « avant le notaire », comme le dit spirituellement le professeur Trélat, pour faire disparaître chez une femme la difformité, cause de nombreux ennuis dans les relations sociales. Après avoir constaté l'existence des phosphènes, fait la recherche du champ visuel au moyen de la bougie,

démontré qu'il n'existe pas dans le fond de l'œil des lésions incompatibles avec la restauration de la vision, après avoir reconnu qu'il n'existe aucune diathèse capable de compromettre gravement les résultats, après avoir surtout fait un récit sévère et exact des conséquences malheureuses possibles de l'opération, le chirurgien peut se décider à intervenir.

En dehors de ces cas, quelles sont les indications de l'intervention ?

Toutes les fois que la création d'une pupille artificielle, dans un point correspondant à la partie la plus transparente du cristallin, sera susceptible de fournir de bons résultats, il faudra la faire accepter au malade qui réclamera à grands cris une opération. Voyons maintenant quelle sera la conduite à tenir, quand des accidents inflammatoires continus ou à répétition, se déclarent et rendent la vie insupportable au malade. Si le lieu d'implantation du corps est connu, si le chirurgien a les plus grandes chances de le saisir, l'extraction est indiquée, car elle fera cesser beaucoup plus rapidement que tous les antiphlogistiques les complications phlegmasiques et en amènera peut-être la disparition absolue. L'opérateur ne doit pas compter sur le hasard pour entraîner au dehors, avec les couches ramollies du cristallin, le corps qu'il cherche ; si la certitude à peu près complète de réussir n'existe pas dans son esprit, il devra s'en tenir à l'emploi répété des antiphlogistiques qui suffisent souvent à apporter le calme. Si le hasard n'était pas favorable, le corps étranger pourrait rester dans la plaie et l'opération aurait été inutile; de plus, il pourrait encore, accident beaucoup plus grave, tomber dans le corps ciliaire et entraîner alors la perte de l'œil.

Cependant il est un cas où, malgré l'obscurité du diagnostic, l'intervention est indiquée ; c'est lorsqu'il faudra remé-

dier, à bref délai, à des phénomènes de compression produits par l'accroissement rapide du volume de la lentille. On doit alors faciliter la sortie d'une partie ou de la totalité de l'organe, sans se préoccuper spécialement du corps étranger. S'il est entraîné, tant mieux; s'il demeure, on y reviendra plus tard; et enfin s'il tombe derrière l'iris, on sera conduit à faire l'énucléation qu'il aurait fallu pratiquer inévitablement dans le cas d'abstention.

L'extraction décidée, comment la pratiquer? Après avoir fait à la cornée à proximité du corps étranger, au voisinage du bord sclérotical, une plaie assez large pour permettre sans tiraillement le passage des instruments, on introduit une curette, on la place sous le corps étranger et on la retire lentement sans secousses, de peur de le laisser tomber. On peut également se servir de pinces fines et mieux encore d'instruments aimantés, selon les recommandations du docteur Galezowski.

Après avoir donné ses soins, le médecin militaire a un autre rôle à remplir. Il doit se prononcer sur la valeur des services que peut dorénavant rendre le blessé et le présenter, dans certains cas, au Conseil de réforme. Quand il y a par exemple cécité, atrophie ou perte de l'œil, le médecin traitant joint au certificat d'origine de blessure, fait par le médecin du corps, un état de filiation des accidents et en dernier lieu la constatation du résultat. Une Commission médicale établit le degré de la gravité des infirmités consécutives, et propose pour la pension de réforme.

Quelques lésions (photophobie, larmoiement, taies de la cornée, diminution de l'acuité visuelle), tout en n'étant pas susceptibles d'entraîner, du moins immédiatement, le renvoi du malade, peuvent cependant l'empêcher de se livrer à ses travaux habituels plus ou moins délicats, plus ou moins fatigants. Dans ce cas, le médecin déclare qu'il est nécessaire de lui faire abandonner sa spécialité pour une autre destination. Si la guérison est possible, dans une période de trois ou quatre mois, l'homme est admis à jouir d'un congé de convalescence qu'on renouvelle au besoin, après la durée duquel on statue définitivement. C'est également la conduite à tenir dans les cas de blessures légères d'un œil, entraînant des accidents sympathiques fonctionnels peu graves. Le médecin, de cette façon, tout en exonérant le blessé des fatigues du service, se réserve la faculté de l'examiner encore au bout d'un certain temps avant de donner un avis décisif.

Le médecin aura aussi à se prononcer sur la possibilité de rattacher à la sympathie des phénomènes accusés par le malade dans l'œil non blessé, tels que des douleurs, une diminution de l'acuité visuelle. Ce diagnostic est difficile. Il ne

faut pas oublier qu'il peut s'agir d'un état pathologique préexistant à la blessure, et n'affectant avec celle-ci aucun rapport de cause à effet. On ne concluera, dans les cas litigieux, qu'après une enquête, des examens répétés, une observation prolongée. L'aggravation progressive des accidents rendra l'appréciation du médecin favorable au blessé.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 mai 1886.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 mai 1886.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !